DISSERTATION

N°. 129.

SUR

L'APOPLEXIE;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 10 *juin* 1830, *pour obtenir le grade de Docteur en médecine;*

PAR PIERRE-JOSEPH-ALPHONSE CHARVET, de Valence,

Département de la Drôme,

Élève de l'École pratique.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1830.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LANDRÉ-BEAUVAIS, Doyen.	MM.
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	DUMÉRIL, *Président.*
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN.
Histoire naturelle médicale	CLARION.
Pharmacologie	GUILBERT.
Hygiène	ANDRAL, *Examinateur.*
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. / ROUX.
Pathologie médicale	FIZEAU. / FOUQUIER.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	
Clinique médicale	CAYOL, *Examinateur.* / CHOMEL, *Examinateur.* / LANDRÉ-BEAUVAIS. / RÉCAMIER.
Clinique chirurgicale	BOUGON. / BOYER, *Suppléant.* / DUBOIS. / DUPUYTREN.
Clinique d'accouchemens	DENEUX.

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, LALLEMENT, LEROUX.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.
Baudelocque.	Dubled.
Bayle.	Dubois.
Bérard.	Gerdy.
Blandin.	Gibert.
Bouillaud.	Hatin.
Bouvier.	Lisfranc.
Briquet.	Martin Solon.
Brongniart.	Piorry, *Examinateur.*
Cloquet.	Rochoux.
Cottereau, *Suppléant.*	Sandras, *Examinateur.*
Dance.	Trousseau.
Devergie.	Velpeau.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MA MÈRE.

P.-J.-A. CHARVET.

Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/dissertationsurl0004pier_l2m7

DISSERTATION

SUR

L'APOPLEXIE.

Le nom d'*apoplexie* vient du mot grec ἀποπλήττειν, qui signifie *frapper avec violence*. La gravité et la fréquence de cette affection ont de tout temps fixé l'attention des médecins; mais lorsque l'étude de l'anatomie pathologique était à peu près inconnue, et qu'il suffisait d'un symptôme prédominant pour réunir sous la même dénomination des maladies souvent aussi différentes par leur nature que par leur siége, on confondait sous le nom d'*apoplexie* un assez grand nombre d'affections qui frappent subitement, comme la foudre. Aujourd'hui cette expression est réservée pour indiquer un épanchement de sang dans le cerveau, caractérisé par la diminution ou la perte subite et plus ou moins prolongée du sentiment et du mouvement.

L'ignorance où l'on fut pendant long-temps sur la véritable nature de l'apoplexie a donné lieu à une foule d'hypothèses que je ne veux point exposer ici; il suffira d'ailleurs, pour en faire sentir l'inutilité, de rappeler quelques-unes d'entre elles : ainsi, *Arétée* admettait une déperdition soudaine de la chaleur animale; *Galien* supposait l'opplétion subite des ventricules du cerveau par une humeur froide et mélancolique; *Paracelse* alla jusqu'à imaginer l'existence de trois gouttes de sang suspendues au cerveau, et suivant que la goutte droite, gauche ou centrale tombait sur le cœur, elle produisait la paralysie du côté droit, du côté gauche ou la mort.

L'apoplexie a subi de nombreuses divisions : l'une d'elles, qui a été long-temps professée dans les écoles, est due à *Morgagni :* il admit une apoplexie sanguine, une apoplexie séreuse, et une qui n'est ni sanguine, ni séreuse (*neque sanguinea, neque serosa*), suivant qu'à l'ouverture du crâne de personnes mortes rapidement de maladies de l'encéphale, il trouva des épanchemens de sang ou de sérosité, ou l'absence de toute lésion. Plus tard, on la divisa en *artérielle* et *veineuse*, *sthénique* et *asthénique;* M. *Serres* la distingue en *cérébrale* et *méningée ;* M. *Cruveilhier* a décrit dernièrement deux espèces d'apoplexie, l'une par *épanchement*, l'autre par *infiltration* : cette dernière, qu'il appelle encore *apoplexie capillaire*, constitue le ramollissement rouge des auteurs. La division que j'adopterai comme la plus convenable pour guider, soit dans le prognostic, soit dans l'énumération des symptômes est celle en *apoplexie forte* et en *apoplexie faible*, admise par *Pinel*, et indiquée par *Hippocrate* dès la plus haute antiquité.

Les épanchemens sanguins cérébraux produits par un coup ou une chute sur la tête me semblent tout à fait étrangers à mon sujet ; la prédisposition, les causes déterminantes et le traitement établissent entr'eux et l'apoplexie des différences telles qu'il n'est pas possible de faire leur histoire simultanée.

Étiologie. Les causes de l'apoplexie sont *prédisposantes* ou *efficientes*. On divise les premières en *individuelles*, *hygiéniques* et *pathologiques*.

Causes individuelles. L'apoplexie frappe à tout âge, mais surtout de quarante à soixante ans. Les deux sexes y paraissent également disposés, d'après les résultats contradictoires de *Quarin* et de M. *Serres*. Cependant il semblerait que la femme dût y être moins sujette, parce qu'elle commet moins d'excès en tous genres. Beaucoup de médecins admettent une disposition héréditaire, qu'un assez grand nombre de faits ne permet pas de rejeter. On a désigné comme ayant une influence manifeste sur la production de l'apoplexie, une constitution que l'on a appelée *apoplectique*, et dont les traits principaux sont un embonpoint excessif, la coloration vive de la face, une tête volumineuse, un cou gros et court ; mais on en a certainement beaucoup

exagéré l'importance. En effet, d'après les observations de M. *Rochoux*, on rencontrerait un plus grand nombre d'apoplectiques parmi les individus d'un embonpoint ordinaire ; et, d'un autre côté, combien ne voit-on pas souvent l'apoplexie frapper des personnes maigres et pâles dont la peau, dépourvue de tissu cellulaire, ne peut se prêter à l'afflux du sang lorsque l'économie est sous l'influence d'une cause quelconque de réaction ; tandis que le cerveau étant alors l'organe qui se prête le plus facilement à l'abord des liquides, ses vaisseaux se remplissent bientôt outre mesure et finissent par se rompre. Cette constitution sèche n'est-elle pas d'ailleurs celle de la plupart des gens de lettres, dont *Cabanis* a dit que l'apoplexie était la récompense que leur réservait la nature.

Causes hygiéniques. L'automne et l'hiver sont les saisons où l'on voit le plus d'apoplectiques ; en outre, il est encore certaines constitutions atmosphériques qui influent d'une manière non équivoque, mais difficile à expliquer, sur la fréquence de l'apoplexie. Cette remarque, qui a été faite dès les temps les plus anciens, est confirmée par les observations de médecins recommandables, tels que *Forestus, Baglivi, Morgagni ;* il résulte de leurs écrits, que les époques les plus fécondes en apoplexies, et où, pour me servir de l'expression de l'un d'eux (*Baglivi*), il semblait qu'elles fussent épidémiques, ont été marquées par de fortes chaleurs, des sécheresses et des hivers froids ou pluvieux. M. *Portal* a observé, à Paris, plusieurs hivers humides, pendant lesquels un très-grand nombre de personnes, et surtout de vieillards, moururent apoplectiques. Enfin, on doit ranger parmi les causes hygiéniques, les professions sédentaires, une vie molle et oisive, la bonne chère, l'abus des liqueurs alcoholiques et des narcotiques, les chagrins violens, les études profondes après le repas, suivant *Van-Swiéten.*

Causes pathologiques. Ce sont, d'après *Bayle*, l'hypochondrie, la manie, l'épilepsie ; l'altération crétacée des artères, indiquée surtout par *Morgagni ;* l'hypertrophie du ventricule gauche, que *Corvisart*

regardait comme l'une des causes les plus fréquentes, puisqu'il dit qu'on l'observe chez les trois quarts des personnes qui sont frappées d'apoplexie ; l'irritation des méninges, suivant M. *Récamier ;* une altération préalable du cerveau, d'après M. *Rochoux ;* enfin il faut y joindre la suppression d'une évacuation habituelle naturelle ou accidentelle, la répercussion d'un exanthème, de la goutte, et l'irritation de la membrane muqueuse gastro-intestinale.

A toutes les causes que je viens d'énumérer on pourrait ajouter, sous le nom de *causes anatomiques*, certaines circonstances communes, à la vérité, à tous les sujets, mais qui servent très-bien à expliquer la fréquence de l'apoplexie. Ainsi j'indiquerai, d'une part, la position du cerveau qui le place sous l'influence directe de l'organe central de la circulation ; de l'autre, sa structure molle, le nombre considérable de ses vaisseaux artériels et veineux, et la faiblesse de leurs parois.

Causes efficientes. Toutes les causes prédisposantes peuvent devenir efficientes après un certain temps ; mais on donne spécialement ce nom à celles dont l'action n'est mise en jeu qu'au moment de l'attaque, telles que l'indigestion, l'ivresse, l'épilepsie, un bain trop chaud ou trop froid, une passion vive, un accès de colère, l'impression subite d'un froid vif, l'insolation, suivant *Tissot.*

Description. L'apoplexie est quelquefois précédée de vertiges, de somnolence, de pesanteur de tête, de céphalalgie, de palpitations, de fourmillemens dans les membres et, en un mot, de ces symptômes à la réunion desquels on a donné le nom de *molimen apoplecticum.* Mais, le plus ordinairement, elle frappe tout à coup, au milieu de la plus brillante santé ; en quelques instans elle peut arriver à un très-haut degré d'intensité ; le sujet tombe alors sans connaissance, privé de sentiment et de mouvement ; la circulation et la respiration semblent être les seules fonctions qui continuent de s'exercer, encore celle-ci est-elle difficile, stertoreuse ; cependant elle est quelquefois naturelle. Le pouls offre des caractères variables ; tantôt

il est fort, dur, régulier, tantôt petit, fréquent ou rare, irrégulier. Le visage, pâle, rouge ou livide, offre une expression de stupeur remarquable; les yeux sont plus ou moins saillans; les pupilles, immobiles, sont dilatées ou contractées; il peut se faire qu'elles le soient d'une manière inégale : il n'est pas rare d'observer la distorsion de la bouche et de voir les lèvres se couvrir d'une écume sanguinolente. Les membres, presque constamment dans un état de résolution complète, éprouvent quelquefois des mouvemens convulsifs, d'autres fois ils présentent une roideur tétanique. La chaleur de la peau est augmentée d'abord, et diminue ensuite plus ou moins vite, suivant l'intensité du mal; enfin, dans les cas les plus graves, l'urine et les matières fécales s'échappent de leurs réservoirs par le relâchement morbide des sphincters : le pouls devient petit, insensible; une sueur froide et visqueuse se répand sur tout le corps, et la mort arrive après un terme variable, mais qui ne va presque jamais au-delà du septième jour. (*Boerhaave.*)

Heureusement il est rare que l'apoplexie offre une marche aussi rapide et des symptômes aussi effrayans : dans la plupart des cas les malades n'éprouvent qu'un léger étourdissement; d'autres fois il y a perte de connaissance, mais ils ne tardent pas à la recouvrer : les sensations restent plus obtuses, les perceptions moins nettes, certains mouvemens difficiles ou impossibles; il peut y avoir hémiplégie complète. La terminaison et la marche de la maladie sont loin d'être les mêmes lorsqu'elle existe à ce degré; tantôt une évacuation ou tout autre phénomène critique annonce un prochain retour à la santé, tantôt la guérison n'arrive qu'au bout d'un temps assez long. Ordinairement les malades conservent toute leur vie une lésion de la force contractile de certains muscles, ce qui, joint à l'affaiblissement des facultés intellectuelles, les rend craintifs, pusillanimes, inquiets, d'une susceptibilité extrême : leur mémoire a diminué, toute contention d'esprit les fatigue; ils ne vivent plus que d'une vie individuelle, que des soins continuels peuvent seuls entretenir. Enfin, il peut arriver aussi qu'après avoir échappé au danger imminent d'une

attaque, ils périssent, au bout d'un temps plus ou moins long, victimes d'une affection cérébrale consécutive à l'apoplexie, ou bien à une époque plus rapprochée d'accidens qui se développent du cinquième au dixième jour, produits par un travail inflammatoire, lequel, maintenu dans de certaines limites, est nécessaire à la cicatrisation des parties déchirées.

Prognostic. L'aphorisme d'Hippocrate : *Solvere apoplexiam, vehementem quidem, impossibile; debilem verò, non facile*, autorise à regarder l'apoplexie comme une affection toujours grave, non que la mort en soit la terminaison la plus fréquente, puisque M. *Rochoux* ne doute pas qu'il périsse moins du tiers des personnes qu'elle frappe, mais parce qu'elle laisse toujours à sa suite des infirmités fâcheuses et surtout une grande disposition à la récidive. Cependant le prognostic sera plus ou moins sérieux, suivant l'âge, la constitution du sujet, les causes qui ont déterminé l'attaque, et principalement suivant l'intensité des symptômes et l'efficacité des remèdes. En général, on regarde comme indiquant une terminaison funeste, un état comateux avec perte absolue du sentiment et du mouvement, l'excrétion involontaire des urines et des matières fécales ; une respiration stertoreuse, *nam stertor cæteris paribus mensura periculi* (Sauvages); un pouls petit, faible, intermittent, et, suivant M. *Landré-Beauvais*, un pouls fort, plein et dur; enfin ce mode d'expiration auquel on a donné le nom de *fumer la pipe.* J'ajouterai que le médecin ne saurait s'exprimer avec trop de réserve sur l'issue de la maladie, car M. *Portal* dit avoir vu des apoplexies, formidables par l'intensité de leurs symptômes, se terminer favorablement en peu de temps, tandis que d'autres, en apparences très-simples, se terminaient d'une manière funeste.

Diagnostic. Il a été singulièrement facilité, dans ces derniers temps, par les travaux de plusieurs médecins distingués; mais, lorsque l'apoplexie existe à un haut degré, il est indispensable, pour l'établir

avec précision, d'obtenir des assistans des informations exactes sur les habitudes du malade et les circonstances qui ont précédé l'attaque, puisque c'est d'après la succession des symptômes et la marche de la maladie plutôt que d'après les signes actuels qu'il est possible au médecin, souvent appelé trop tard, d'asseoir un jugement certain. En effet, l'hémorrhagie cérébrale s'accompagne toujours d'une paralysie subite, spontanée, plus ou moins prolongée, tandis que les autres affections, qu'il serait possible de confondre avec elle si l'on n'apportait pas une attention suffisante, sont précédées de symptômes généraux ou bornés à l'encéphale, qui augmentent graduellement d'intensité, jusqu'à ce qu'ils produisent des effets qui simulent l'apoplexie. Cependant il est encore des cas où, malgré les recherches les plus scrupuleuses, l'erreur ou au moins l'incertitude sont inévitables ; ainsi, lorsqu'un ramollissement précède l'apoplexie, ou lorsque des tubercules, une carie, une exostose, après s'être développés lentement sans donner lieu à aucun phénomène morbide, se manifestent tout à coup par des symptômes hémiplégiques : il est heureux qu'alors le doute du médecin ne soit pas nuisible au malade, puisque les indications à remplir sont à peu près les mêmes.

Anatomie pathologique. Le corps des apoplectiques conserve longtemps après la mort de la chaleur et de la souplesse ; les membres, la poitrine et le cou présentent assez souvent de larges ecchymoses ; la tête et le visage sont tuméfiés ; aussi, lorsqu'on incise le cuir chevelu il s'en écoule une certaine quantité de sang. A l'intérieur du crâne on observe presque toujours l'engorgement des vaisseaux et des sinus de la dure-mère, l'injection plus ou moins forte de la pie-mère et de l'arachnoïde. Les circonvolutions du cerveau aplaties, déprimées, sont quelquefois détruites dans une certaine étendue; la substance cérébrale, augmentée de consistance, laisse suinter, lorsqu'on la coupe, une grande quantité de gouttelettes de sang, qui se renou-

vellent quand on les essuie : mais ce que l'on rencontre constamment, c'est une collection de sang qui a toujours son siége du côté opposé à la paralysie, excepté peut-être pour les yeux; elle peut exister quelquefois à la surface du cerveau ou dans l'intérieur des ventricules ; le plus ordinairement au milieu de la masse encéphalique, et surtout dans les corps striés et les couches optiques, ce qu'expliquent très-bien les nombreux rameaux qui leur sont fournis par l'artère cérébrale antérieure. L'aspect du sang varie suivant l'ancienneté de la maladie. Quand la mort est survenue en quelques jours, il est pris en caillots mous, noirâtres; il a acquis plus de consistance au bout d'un mois ou six semaines; plus tard il devient compacte, diminue de volume et prend une couleur jaunâtre, enfin il finit par être résorbé. Quant à la lésion qu'a éprouvée le cerveau, elle dépend, pour l'étendue, de la quantité de liquide épanché, et présente des différences suivant l'époque où on la considère. Lorsqu'elle est récente, elle a l'aspect d'une poche irrégulière dont les parois molles, inégales, sont colorées en rouge plus ou moins foncé par le sang avec lequel elles sont en contact; tout autour on trouve une couche de substance cérébrale d'une couleur jaune serin, dont l'épaisseur varie d'une à deux lignes, ayant quelquefois la consistance qui lui est propre, d'autres fois molle et diffluente. Lorsque l'hémorrhagie a été considérable, il n'est pas rare que la déchirure s'étende jusque dans l'intérieur des ventricules ou à la surface du cerveau, et d'observer des lambeaux formés par le tissu de cet organe. Quand le malade survit à son attaque, la caverne qui contenait le sang devient le siége d'un travail réparateur; ses parois, irrégulières d'abord, s'égalisent et acquièrent une densité presque fibreuse; alors tantôt elles s'unissent lâchement par un tissu aréolaire de couleur brunâtre, dans les mailles duquel on trouve un liquide ichoreux, roussâtre, quelquefois très-épais et comme gélatineux; tantôt elles ne font que se rapprocher et forment de véritables kystes susceptibles d'exhalation et d'absorption; enfin, il peut arriver que le rapprochement des parois soit tel qu'il en ré-

sulte une cicatrice linéaire ou un nœud dur d'une densité fibreuse dont la couleur varie depuis le brun plus ou moins foncé jusqu'au jaune serin.

Traitement curatif. Lorsqu'une personne tombe frappée d'apoplexie, on doit aussitôt la porter dans un lieu frais et tranquille, en évitant de lui occasioner la moindre secousse : on la dépouillera de tous les vêtemens qui peuvent gêner la circulation, et on la placera dans un lit, les jambes pendantes, la tête et le tronc fortement relevés. Cette position concourt puissamment à diminuer l'impulsion du sang vers le cerveau. Ces moyens, quoique très-utiles, ne seraient cependant que d'un faible secours s'ils n'étaient bientôt secondés par d'autres plus actifs. Le premier de tous, celui sur l'opportunité duquel tous les médecins sont d'accord, est la saignée veineuse ou artérielle; celle-ci, proposée par *Cathervood*, était beaucoup plus employée autrefois que de nos jours, où on lui préfère la phlébotomie; mais on discute encore sur le choix de la veine. Les uns, avec *Valsalva*, *Lancisi*, *Hoffmann*, veulent que l'on saigne à la jugulaire; cette saignée doit être faite sans se servir d'aucun bandage : on sent combien la plus légère pression pourrait être nuisible. D'autres recommandent la saignée de la saphène; mais le plus ordinairement c'est au pli du bras que se pratique cette opération, en choisissant le bras du côté sain, quoique *Baglivi* conseille de saigner celui du côté paralysé. M. *Cruveilher* dit avoir retiré les effets les plus avantageux de l'incision de la veine pituitaire. La quantité de sang à tirer doit être proportionnée à l'âge, à la force et à la constitution du malade; il est rare que l'on puisse, sans inconvénient, aller au-delà de trois à quatre saignées. Si l'on ne croyait pas devoir mettre en usage les émissions sanguines générales, ou bien si, après en avoir prescrit un nombre suffisant, il persistait des signes de congestion au cerveau, il faudrait employer les saignées locales; ainsi on appliquerait à l'anus ou le long des jugulaires un nombre de sangsues plus ou moins considérable, et sur-

tout des ventouses scarifiées à la nuque, d'après le conseil de *Morgagni* et d'*Arétée*. A ces moyens, sans contredit les plus efficaces que possède la médecine, dans la majorité des cas, on joindra des applications froides sur la tête, afin de prévenir tout nouvel afflux de sang vers le cerveau ; elles seront continuées jusqu'à ce que la peau du front soit refroidie ; alors on les cessera, pour les reprendre aussitôt que la tête paraîtra se réchauffer et que la réaction tendra à s'établir. Pendant ce temps on prescrira de légers révulsifs sur les extrémités inférieures, des lavemens laxatifs; le malade fera usage de boissons délayantes, telles que la tisanne d'orge ou de chiendent; on pourra même avec avantage donner l'émétique en lavage, mais on n'emploiera jamais de vomitifs : *Morgagni*, *Cullen* et *Tissot* les proscrivent formellement. *Pinel* dit cependant qu'ils peuvent être utiles lorsque l'apoplexie survient après le repas, à moins qu'il n'y ait des signes d'une forte congestion vers la tête ; il faut alors préalablement recourir à la saignée.

Quant aux stimulans énergiques, tels que les purgatifs drastiques, les vésicatoires, la brûlure avec l'eau bouillante, que certains médecins emploient indistinctement au début de toute apoplexie, on ne devrait peut-être en user qu'après avoir diminué la plénitude des vaisseaux, excepté dans les cas graves où le malade, dans un état de stupeur et d'insensibilité complète, a besoin d'être excité par tous les moyens possibles de réaction. *Cullen* dit avoir alors obtenu de grands succès par l'application d'un vésicatoire sur la tête. Lorsque, après le traitement que nous venons d'indiquer, le sujet se trouve dans un état satisfaisant, qu'il ne conserve plus que la paralysie ou la faiblesse de l'un ou de plusieurs de ses membres, on a surtout recommandé, pour obtenir une guérison parfaite, l'électricité, le galvanisme, les bains aromatiques, les linimens, les eaux sulfureuses, et la strichnine; tous ces moyens, dont plusieurs praticiens ont retiré quelquefois de bons effets, pourront être essayés, mais quelques-uns d'entr'eux avec la plus grande prudence : le plus souvent ils seront sans aucune utilité. Que pourraient-ils, en effet, contre des lésions aussi graves

que celles que nous avons vues être produites par l'apoplexie. De toutes les médications, la plus avantageuse consiste alors à soumettre le malade à un régime sévère ; il se nourrira d'alimens légers, peu substantiels ; un exercice modéré, actif ou passif, lui sera très-utile ; tout travail de l'esprit sera interdit ; enfin, de temps à autre on pratiquera quelques saignées de précaution, on établira même un exutoire.

Traitement préservatif. Puisqu'il n'est pas toujours donné au médecin de guérir une maladie, il doit tâcher, autant qu'il est en son pouvoir, de la prévenir, en faisant observer exactement toutes les règles de l'hygiène. Ainsi, les individus prédisposés à l'apoplexie, soit par leur tempérament, soit par la nature de leurs occupations, devront habiter un lieu sain, d'une température modérée ; ils éviteront de s'exposer aux vicissitudes brusques de l'atmosphère, et se préserveront, autant que possible, du froid et de l'humidité, par des vêtemens chauds, et surtout ceux de laine, qui sont très-propres à entretenir une douce transpiration. Les lits, dont les matelas doivent être en crins, seront très-inclinés vers les pieds ; il suffira d'une ou deux couvertures légères. Les alimens seront pris en petite quantité, et empruntés surtout au règne végétal. On fera usage de boissons acidulées, de bière, d'eau pure ou mélangée avec une très-petite quantité de vin. Les substances stimulantes et trop réparatrices, les viandes noires seront sévèrement défendues : il en sera de même des liqueurs alcoholiques, à moins que les sujets n'en aient depuis long-temps contracté l'habitude ; alors on pourra les permettre, mais en petite quantité. Des lavemens et de légers laxatifs seront employés pour entretenir la liberté du ventre ; le médecin aura égard, avec le plus grand soin, aux évacuations périodiques ou habituelles, pour les faciliter ou y suppléer, suivant les cas.

Tout travail d'esprit difficile ou prolongé sera interdit, de même que les exercices violens, les veilles, un long sommeil, et tout ce

qui pourrait réveiller les passions. Les individus ne sauraient vivre dans un calme moral et physique trop parfait.

Si ces moyens purement hygiéniques étaient insuffisans, il faudrait nécessairement emprunter quelques secours à la thérapeutique : ainsi une saignée du bras ou du pied, des applications de ventouses ou de sangsues dissiperont souvent des accidens fâcheux ; d'autres fois il suffira de quelques bains de pieds irritans, d'un purgatif, d'une boisson délayante, d'une diète passagère. Enfin, des bains tièdes peu prolongés, des frictions sèches, un exutoire permanent seront quelquefois d'une grande efficacité.

On conçoit aisément que le traitement prophylactique ne serait que palliatif et d'une bien faible utilité s'il existait quelqu'une de ces causes prédisposantes de l'apoplexie, que nous avons désignées sous les noms de *causes pathologiques* ; c'est alors sur elle que doit se porter toute l'attention du médecin.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI

(*edente* PARISET).

I.

Cùm morbus in vigore fuerit, tunc vel tenuissimo victu uti necesse est. *Sect.* 1, *aph.* 8.

II.

Somnus, vigilia, utraque modum excedentia, malum. *Sect.* 2, *aph.* 3.

III.

Non febricitantibus si fiat tormen, et genuum gravitas et lumborum dolor, deorsùm purgante opus esse indicat. *Sect.* 4, *aph.* 20.

IV.

In febribus, ex somnis pavores, aut convulsiones, malum. *Ibid.*, *aph.* 67.

V.

Autumnus tabidis malus. *Sect.* 3, *aph.* 10.

VI.

Lassitudines spontè obortæ, morbos denuntiant. *Sect.* 2, *aph.* 5.